

Leitfaden

Elternschaft und Sucht

Inhaltsverzeichnis

1.	PRÄAMBEL	3
2.	ZUSAMMENARBEIT	4
2.1.	DEFINITION KINDESWOHL (§138 ABGB)	5
2.2.	BEREICHE DER ZUSAMMENARBEIT	6
2.3.	HELFER/INNENKONFERENZEN	6
2.4.	HINWEISE AUF EINEN HILFEBEDARF	7
2.5.	MITTEILUNGS- UND MITWIRKUNGSPFLICHT BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG	8
3.	KINDER- UND JUGENDHILFE	10
4.	MEDIZIN	12
5.	SUCHTBERATUNG	15
6.	ANHÄNGE	21
6.1.	ANHANG 1: WIRKUNG VERSCHIEDENER SUBSTANZEN AUF DEN FETEN.....	21
6.2.	ANHANG 2: EINRICHTUNGSADRESSEN.....	25
6.3.	QUELLENVERWEISE	28

Für den Inhalt verantwortlich

Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Sucht- und Drogenkoordination

Dieser Leitfaden wurde entwickelt von

DSAⁱⁿ Eva Maria Ginal, Mag. Karl Heuberger, Mag.^a (FH) Helga Koschler, DSAⁱⁿ Sylvia Libiseller, MSc., DSAⁱⁿ Edith Pauzenberger, DSAⁱⁿ Petra Pöcklhofer-Holzweber, Dr.ⁱⁿ Iris Scharnreiter, DSA Thomas Schwarzenbrunner

1. Präambel

In den letzten Jahren kam es zu einer gesteigerten Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung bei Abhängigkeit von Opioiden und damit auch zu einer weiteren Sensibilisierung des Hilfesystems zum Thema „Elternschaft und Sucht“.

Aber auch im Alkoholbereich wurde dieses Thema durch einen anhaltenden fachlichen Diskurs zur Kinder- und Jugendgesundheit weiter sensibilisiert und damit auch sichtbar.

In Oberösterreich gab es bisher keine einheitlichen Standards für die Beratung / Betreuung / Behandlung von Eltern mit Suchtproblematik bzw. von abhängigen Schwangeren.

Fehlende Information, unkoordiniertes Vorgehen, persönliche Meinungen und Haltungen, die professionelles Handeln überlagern – das alles erleben wir in der täglichen Praxis als Stolpersteine.

Darum soll mit diesem Projekt ein fachlich fundiertes und abgestimmtes Vorgehen aller involvierten Expert/innen eine neue Grundlage erhalten. Zum Wohle der Familien (Eltern und Kinder) und für deren bestmögliche Begleitung und Betreuung wurden in den Bereichen Medizin, Kinder- und Jugendhilfe und Suchtberatung Standards erarbeitet, um die Zusammenarbeit auf ein fachliches Fundament zu stellen.

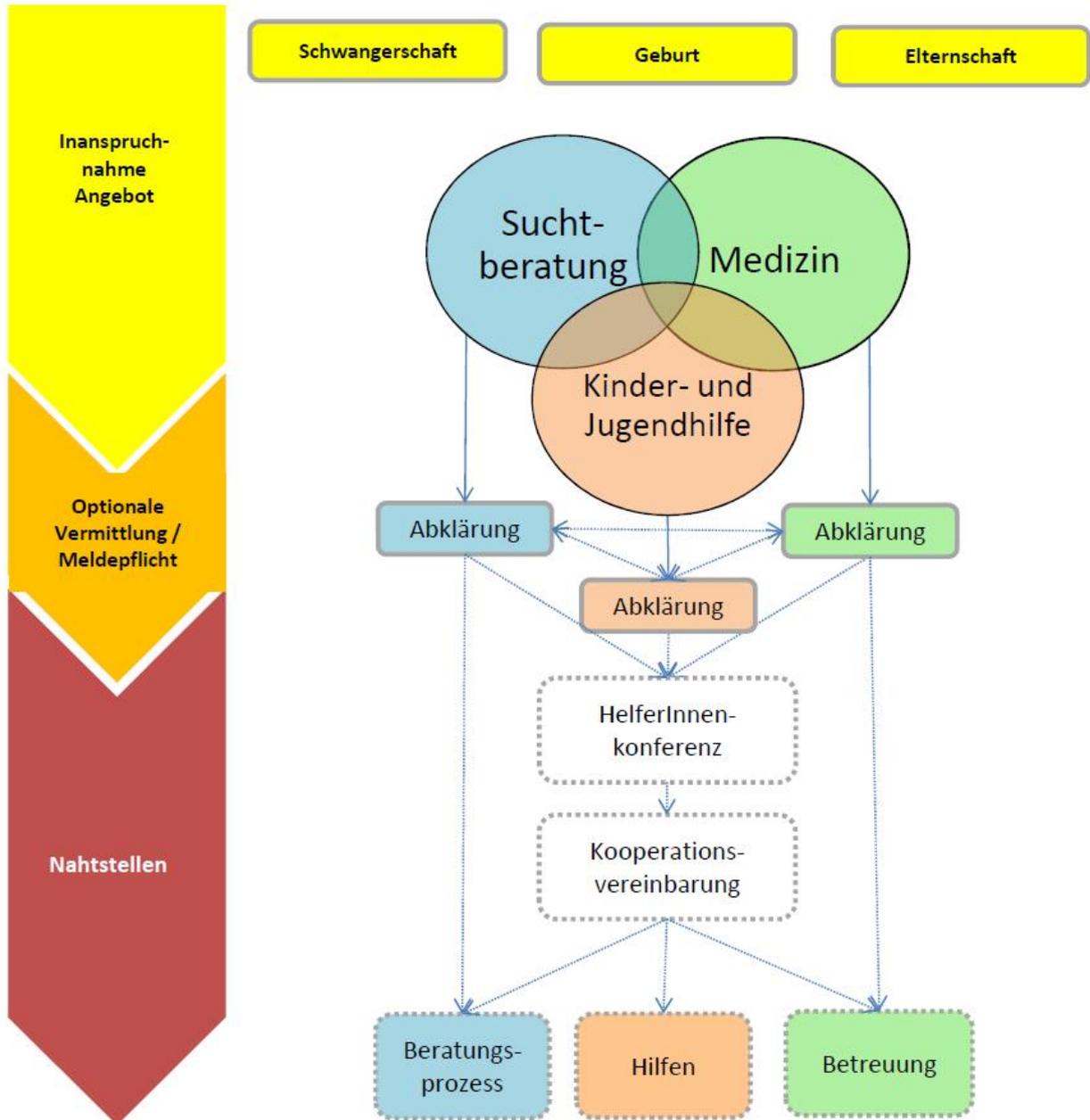
In einem gemeinsamen Projekt, an dem sich die Kinder- und Jugendhilfe, Vertreter/innen der Medizin und die Suchtberatung beteiligten, wurde unter der Federführung der Sucht- und Drogenkoordination der Abteilung Gesundheit der vorliegende Leitfaden erarbeitet. Ziel dieses Projektes ist es, die Zusammenarbeit der relevanten Institutionen in OÖ rund um soziale und medizinische Aspekte, die das Thema Elternschaft und Sucht aufzeigt bzw. aufwirft, darzustellen. Dieser Leitfaden soll als fachliche Grundlage für ein breites Fachpublikum dienen und eine nützliche Orientierungshilfe in der täglichen Arbeit darstellen.

Dieser Leitfaden richtet sich daher insbesondere an Professionist/innen der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsberufe, die mit dieser spezifischen Thematik befasst sind.

Das Ziel dieses Leitfadens ist die Förderung des Kindeswohls. Dies sollte unter anderem auch durch ein frühzeitiges Kooperieren des helfenden Systems erreicht werden. Durch ein frühzeitiges Aufzeigen von Hilfsangeboten der kooperierenden Einrichtungen soll die Inanspruchnahme durch die Betroffenen erreicht werden.

2. Zusammenarbeit

Ablaufdiagramm Zusammenarbeit Kinder- und Jugendhilfe, Medizin und Suchtberatung



2.1. Definition Kindeswohl (§138 ABGB)

In allen das minderjährige Kind betreffenden Angelegenheiten, insbesondere der Obsorge und der persönlichen Kontakte, ist das Wohl des Kindes (Kindeswohl) als leitender Gesichtspunkt zu berücksichtigen und bestmöglich zu gewährleisten. Wichtige Kriterien bei der Beurteilung des Kindeswohls sind insbesondere

- eine angemessene Versorgung, insbesondere mit Nahrung, medizinischer und sanitärer Betreuung und Wohnraum, sowie eine sorgfältige Erziehung des Kindes;
- die Fürsorge, Geborgenheit und der Schutz der körperlichen und seelischen Integrität des Kindes
- die Wertschätzung und Akzeptanz des Kindes durch die Eltern;
- die Förderung der Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes;
- die Berücksichtigung der Meinung des Kindes in Abhängigkeit von dessen Verständnis und der Fähigkeit zur Meinungsbildung;
- die Vermeidung der Beeinträchtigung, die das Kind durch die Um- und Durchsetzung einer Maßnahme gegen seinen Willen erleiden könnte;
- die Vermeidung der Gefahr für das Kind, Übergriffe oder Gewalt selbst zu erleiden oder an wichtigen Bezugspersonen mitzuerleben;
- die Vermeidung der Gefahr für das Kind, rechtswidrig verbracht oder zurückgehalten zu werden oder sonst zu Schaden zu kommen;
- verlässliche Kontakte des Kindes zu beiden Elternteilen und wichtigen Bezugspersonen sowie sichere Bindungen des Kindes zu diesen Personen;
- die Vermeidung von Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen des Kindes;
- die Wahrung der Rechte, Ansprüche und Interessen des Kindes sowie
- die Lebensverhältnisse des Kindes, seiner Eltern und seiner sonstigen Umgebung.

2.2. Bereiche der Zusammenarbeit

Wann wird vermittelt?

Wesentlich für eine Kooperation ist das Wissen, welche Leistungen in dem jeweiligen Arbeitsbereich erbracht werden können, um dieses Wissen entsprechend weitergeben zu können.

Vermittlung an den Medizinischen Bereich

- Schwangerschaft und Geburt
- Infektionskrankheiten, insbesondere in Hinblick auf eine Schwangerschaft und Geburt
- Substitution
- Fristenlösung
- Kontakt zu Kinderärzt/innen bzgl. medizinischer Versorgung der Kinder

Vermittlung an die Kinder- und Jugendhilfe (KJH)

- Hinweise auf Hilfebedarf (um entsprechende Unterstützung abzuklären)
- Vermutete Kindeswohlgefährdung (Mitteilungspflicht)
- Akute Gefahr für das Kindeswohl (Mitteilungspflicht)
- Klärung des Unterhalts

Vermittlung an die Suchtberatung

- Auseinandersetzung mit Konsummuster psychoaktiver Substanzen
- Sucht allgemein
- Vorbetreuung und Vermittlung in stationäre Kurz- und Langzeittherapien und Entzugseinrichtungen
- Vermittlung in Substitutionsbehandlung und Betreuung / Begleitung in der Substitutionsbehandlung
- Nutzung des Angebotes von ambulanter Psychotherapie, psychosozialer Betreuung, Beratung und Begleitung
- Begleitung zu medizinischer (Erst)Versorgung bei Schwangerschaft
- Rückfallprophylaxe

2.3. Helfer/innenkonferenzen

Helfer/innenkonferenzen unterstützen die Transparenz und die offene Kommunikation zwischen der Familie und den Hilffsystemen und ermöglichen gemeinsame Planung.

Helfer/innenkonferenzen haben folgende Ziele:

- Austausch und Information zur aktuellen Situation (Risikofaktoren, Ressourcen etc.)
- Offenlegen von unterschiedlichen Perspektiven, Anliegen und Interessen der Beteiligten
- Klare Bedingungen seitens der KJH an die Eltern zu formulieren
- Adäquate Hilfen für die Familie zu erarbeiten
- Klare Ziele und Zuständigkeiten zu vereinbaren

Die Helfer/innenkonferenz kann von der Fachkraft der Institution einberufen werden, die einen dringenden Bedarf, bezogen auf dieses Familiensystem, erkennt. Alle im System beteiligten Fachkräfte sowie die betroffenen Elternteile werden eingeladen. Die Treffen werden protokolliert und Vereinbarungen schriftlich festgehalten. Jede/r Teilnehmer/in erhält eine Kopie.

2.4. Hinweise auf einen Hilfebedarf

Hilfebedarf besteht, wenn Eltern damit überfordert sind, den Bedürfnissen des Kindes in Hinblick auf seine psychische, physische, soziale und emotionale Entwicklung gerecht zu werden.

In den Suchtberatungsstellen ist es aufgrund der oft fehlenden Kontakte zum Kind für die Mitarbeiter/innen schwierig, diesen Hilfebedarf zu erkennen. Zur Einschätzung besteht die Möglichkeit, den Fall mit der Kinder- und Jugendhilfe ohne Nennung personenbezogener Daten zu besprechen.

Folgende Beschreibungen und Beobachtungen sind von Bedeutung:

- Art und Ausmaß des Substanzkonsums (Beikonsum, keine kontinuierliche Substitution, u.a.)
- Nichteinhalten von Terminen
- Wahrnehmung von Beratungsterminen in beeinträchtigtem Zustand
- Psychische Befindlichkeit und Stabilität
- Verweigerung von Hilfsangeboten bei Doppeldiagnosen
- Keine Krankheitseinsicht d.h. keine Einnahme von empfohlenen bzw. verordneten Medikamenten
- Kein Problembewusstsein, dass die Erkrankung Auswirkungen auf das Kind hat
- Gewalt in der Familie
- Schlechte materielle und soziale Situation (Delogierung, fehlendes soziales Netz)
- Kontaktabbruch
- Problematische Interaktion zwischen Eltern untereinander und mit den Kindern (z.B. Streit, Demütigung)
- Defizite im Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes

Treten einzelne Faktoren sehr massiv auf oder häufen sie sich, so ist davon auszugehen, dass nicht nur Hilfebedarf besteht, sondern auch das Kindeswohl gefährdet sein könnte. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht eine Mitteilungspflicht an die Kinder- und Jugendhilfe.

2.5. Mitteilungs- und Mitwirkungspflicht bei Kindeswohlgefährdung

Mitteilungspflicht bei vermuteter Kindeswohlgefährdung

Ergibt sich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist, und kann diese konkrete erhebliche Gefährdung eines bestimmten Kindes oder Jugendlichen anders nicht verhindert werden, ist gemäß § 37 Bundes- Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013 von folgenden Einrichtungen **unverzüglich schriftlich Mitteilung** an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten:

1. Gerichten, Behörden und Organen der öffentlichen Aufsicht
2. Einrichtungen zur Betreuung oder zum Unterricht von Kindern und Jugendlichen
- 3. Einrichtungen zur psychosozialen Beratung**
4. privaten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe
5. Kranken- und Kuranstalten
6. Einrichtungen der Hauskrankenpflege

Die schriftliche Mitteilung hat jedenfalls Angaben über alle relevanten Wahrnehmungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen sowie Namen und Adressen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der mitteilungspflichtigen Person zu enthalten. Berufsrechtliche Vorschriften zur Verschwiegenheit stehen der Erfüllung dieser Mitteilungspflicht nicht entgegen.

Das entsprechende Meldeformular steht zum Download bereit unter: <http://www.gewaltinfo.at/recht/mitteilungspflicht/>

Die Kinder- und Jugendhilfe wird den Eingang der Meldung bestätigen.

Mitwirkungspflicht bei Kindeswohlgefährdung

Zur Erstellung der Sozialen Diagnose (= Ergebnis der Abklärung) versucht die Kinder- und Jugendhilfe ein möglichst umfassendes Bild von den Lebensumständen des Kindes und seiner Familie zu bekommen. Dazu benötigt sie in der Regel auch Informationen von anderen Stellen (z.B. Schulen, Kindergärten, Beratungsstellen, etc.).

Daher regelt § 40 Abs. 5 Oö. KJHG 2014, dass Personen oder Einrichtungen, die der oben angesprochen Meldepflicht unterliegen auch verpflichtet sind, im Rahmen der Abklärung der Kinder- und Jugendhilfe – unabhängig davon, ob diese auf Grund einer Meldung durch die Einrichtung oder aus anderem Grund tätig wurde – **die erforderlichen Auskünfte** über die betroffenen Kinder und Jugendlichen (und deren Umfeld) zu erteilen sowie die notwendigen Dokumente vorzulegen.

Unter „erforderliche Auskünfte“, die schriftlich angefragt werden, sind in der Praxis jedenfalls zu verstehen:

- Ist Frau / Herr XY in Beratung?
- Werden vereinbarte Termine regelmäßig wahrgenommen? Wie häufig finden diese Termine statt?
- Seit wann erfolgt die Beratung?
- Wurde die familiäre Situation besprochen?
- Welche Ressourcen (und damit ggf. Unterstützungssysteme) werden von Frau/Herrn XY genannt?
- Ist das soziale Umfeld (z.B. Familienangehörige) in die Beratung eingebunden ?
- Allfällige fallspezifische Fragen

Inhaltliche Auskünfte über den Beratungsprozess (z.B. Prognose), Suchtmittelkonsum, etc. werden von der KJH nicht eingeholt. Hier wird auf die Methodik der Helfer/innenkonferenz hingewiesen. (siehe 2.3.)

Eine Berufung auf Verschwiegenheitspflichten oder vertragliche Vertrauensverhältnisse ist auch hier nicht zulässig, da bei einer Rechtsgüterabwägung die Gewährleistung des Kindeswohls und der Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen gegenüber Geheimhaltungsinteressen höher zu bewerten sind und ihnen daher der Vorzug zu geben ist. In solchen Fällen ist eine abgestimmte Vorgangsweise geboten.

Zuständigkeit und Erreichbarkeit der Kinder- und Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung

Zuständig ist die Kinder- und Jugendhilfe jener Bezirksverwaltungsbehörde (Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrat), in deren Sprengel die betroffenen Kinder und Jugendlichen ihren Hauptwohnsitz, mangels eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. wenn auch ein solcher nicht vorhanden ist, allenfalls ihren tatsächlichen Aufenthalt haben.

Liegt **Gefahr im Verzug** vor, so ist jene Bezirksverwaltungsbehörde zur Setzung unaufschiebbarer Maßnahmen zuständig, in deren Sprengel die erforderlichen Veranlassungen (z.B. Krisenunterbringung des Kindes) zu treffen sind. Außerhalb der Amtsstunden ist jede Bezirksverwaltungsbehörde über die Rufbereitschaft zu erreichen. Die **jeweilige Erreichbarkeit ist über die örtliche Polizeidienststelle** gewährleistet.

3. Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe, im Folgenden KJH, an den Bezirkshauptmannschaften und Magistraten ist die regionale Anlaufstelle für die Anliegen oder Probleme von Familien. Rund 200 Sozialarbeiter/innen stehen in ganz Oberösterreich Eltern, Kindern und Jugendlichen zur Seite, wenn sie Beratung und Unterstützung brauchen.

Die KJH bietet

- präventive soziale Dienste (wie z.B. Eltern-/Mutterberatung, Elternbildung, Eltern-Kind-Zentren,..),
- Beratung und Hilfe in belasteten Familiensituationen (professionelle Beratung und Unterstützung durch Schulsozialarbeit, Familien- und Erziehungsberatung, Kinderschutzzentren, Hilfen zur Erziehung und Alltagsbewältigung oder Sozialpädagogische Familienbetreuung) sowie
- Erziehungshilfen, wenn das Kindeswohl gefährdet ist (durch Unterstützung der Erziehung, Krisenbetreuung, Pflegefamilien oder Sozialpädagogische Wohngruppen).

Was passiert nach einer Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe?

Die Kinder- und Jugendhilfe muss allen Meldungen, in denen Sorge um ein Kind geäußert wird, nachgehen und überprüfen, wie weit eine Hilfe durch die KJH erforderlich ist.

Im Rahmen dieser Abklärung sind in jedem Fall Gespräche mit den Eltern und dem Kind notwendig. Die Familie wird auch zu Hause besucht. Sofern notwendig, werden Informationen von Dritten (Schule, Kindergarten, Hausarzt, ...) eingeholt oder eine Psychologin / ein Psychologe beigezogen. Stellt sich als Ergebnis der Sozialen Diagnose heraus, dass die Familie Hilfe benötigt, hat die Kinder- und Jugendhilfe der Familie diese auch anzubieten.

Bei einer Kindeswohlgefährdung hat das Kind einen Rechtsanspruch auf Hilfe. Diese ist hier ggf. auch gegen den Willen der Eltern bei Gericht durchzusetzen.

Grundsätze der Abklärung des Hilfebedarfs

Die Kinder- und Jugendhilfe hat die Aufgabe, Familien bei einem vorliegenden Hilfebedarf durch Hilfe in belasteten Familiensituationen bzw. bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung durch Erziehungshilfen zu unterstützen.

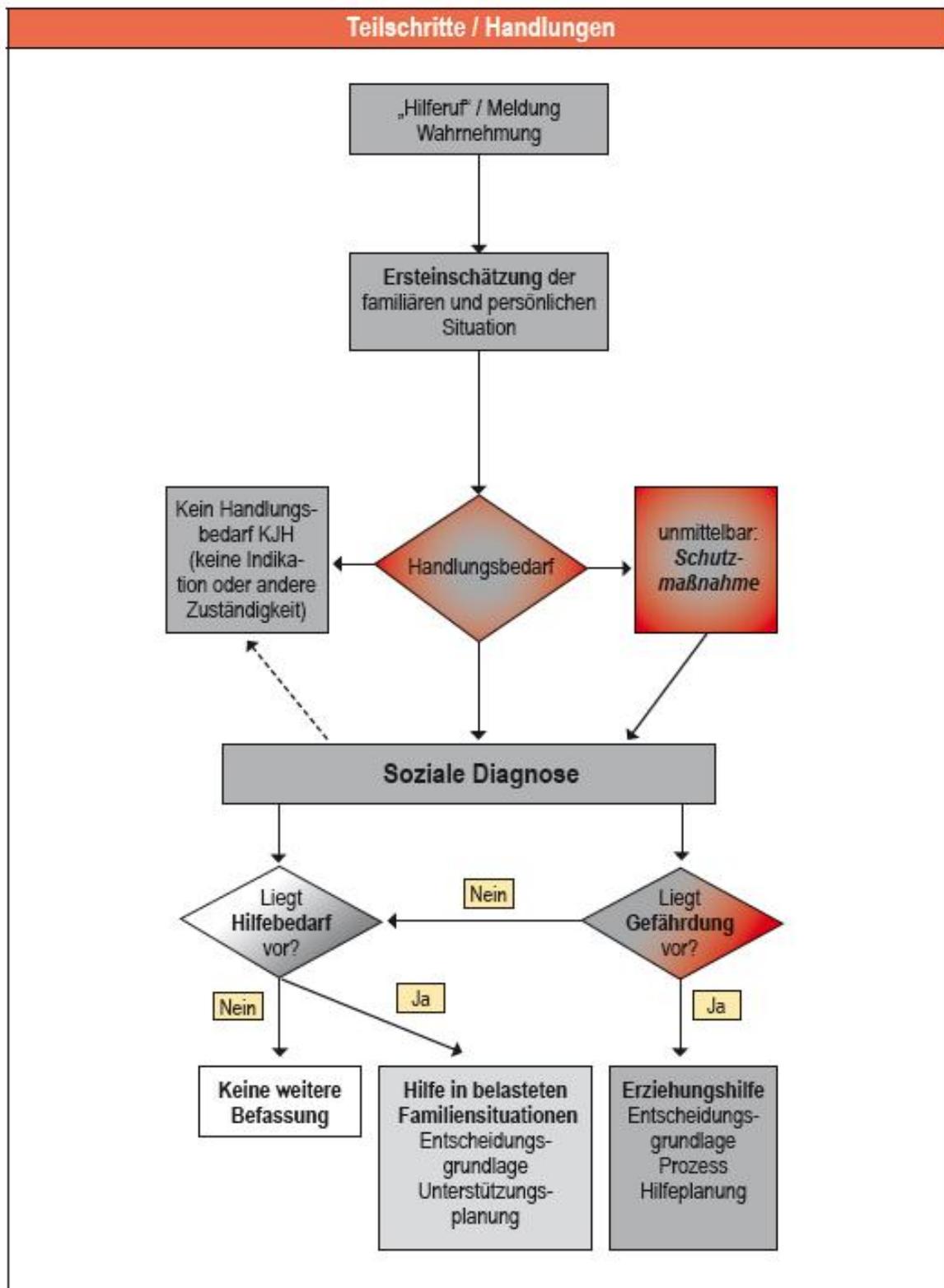
Die fachliche Interpretation erfolgt auf Grund der eigenen Wahrnehmung, der Wahrnehmung Dritter und der Fachexpertisen anderer Professionen. Dies dient zur Einschätzung der Lebenssituation des Kindes bzw. der oder des Jugendlichen und als Grundlage für weitere Entscheidungen.

Die KJH lässt sich dabei von folgenden Grundsätzen leiten:

1. Unsere Erhebungsschritte, Methoden und die Dauer sind der Meldung und einem möglicherweise vorliegenden Verdacht einer Kindeswohlgefährdung angemessen.
2. Wir verschaffen uns einen persönlichen Eindruck vom Kind bzw. der oder dem Jugendlichen und seinen bzw. ihren Lebensverhältnissen.
3. Wir planen und dokumentieren die Erhebungsschritte.
4. Wir führen die Schritte der Sozialen Diagnose unter größtmöglicher Beteiligung der Betroffenen durch.
5. Wir machen die Handlungsweise der Kinder- und Jugendhilfe für die Beteiligten nachvollziehbar.

6. Das Ergebnis gibt klaren Aufschluss darüber, ob
- ein Hilfebedarf nach dem Oö. KJHG 2014 besteht oder
 - eine Kindeswohlgefährdung vorliegt
- und was gegebenenfalls für die weitere Hilfeplanung zu beachten ist.

Ablaufdiagramm der Abklärung des Hilfebedarfs



4. Medizin

Schwangere mit Suchterkrankungen haben oft den Eindruck, dass „jeder Arzt etwas anderes sagt“. Um diesen Eindruck zu vermeiden und daneben das Erstellen eines sinnvollen Behandlungsplans zu erleichtern, ist in diesem Folder auch ein Teil für Mediziner/innen integriert. Möglichst konkrete Hinweise rund um die perinatale Betreuung sollen helfen die Situation schwangerer Patientinnen mit Suchterkrankungen weder zu verharmlosen noch übertrieben zu pathologisieren.

Vorgehen bei suchtkranken Schwangeren

Vor der 12. SSW

- Aufklärung, Fristenlösung nur nach Wunsch der Mutter, 1. orientierender Ultraschall (Sitz der Schwangerschaft-bei exzessivem Cannabisabusus kann gehäuft eine Eileiterschwangerschaft auftreten, Intaktheit der Schwangerschaft)

Nach der 12. SSW

- Information an niedergelassenen Facharzt, Eintrag im MUKIPA, Festlegen des Geburtstermins (oft schwierig, da die Schwangerschaft öfter erst spät bemerkt wird, da die Menstruation unter Substanzabusus oder in der Substitution eventuell unregelmäßig)
- Information an klin. Psychologie, ev. Psychiatrie (Neuro Med Campus), Sozialarbeit
- Anamnese: Beikonsum; Begleiterkrankungen; vorangegangene SS genau erheben
- Ganzkörperuntersuchung (Body-Mass-Index, bei Mangelernährung ev. Ernährungsberatung)
- Infektionsscreening: Hepatitisserologie, Screening auf Geschlechtskrankheiten, HIV-Test, PAP- Abstrich (wie im Mutter-Kind-Pass festgelegt), bakterieller Vaginalabstrich, Chlamydienabstrich
- Blutlaborkontrolle (Blutbild zum Ausschluss einer Anämie, Leberfunktionsparameter u.ä.)
- Ersttrimesterscreening und Medikamentenberatung (cave: über die Indikation für die Verschreibung beispielweise von Schlaf- Substitutions-, Schmerzmittel , Antidepressiva entscheidet der Psychiater); Nackenfaltenmessung ist kostenpflichtig
- Indikation für medizinisch indizierten SS- Abbruch auch nach der Fristenlösungsgrenze bei ausgeprägter Polytoxikomanie (Gebrauch von mehreren Substanzen, die untereinander nicht abschätzbare Wechselwirkungen haben können), regelmäßigem Gebrauch von Schnüffelstoffen, schwerem chronischen Alkoholabusus oder mehr als 3 Binge-drinking Episoden im 1. Trimenon
- Organscreening (med. Indikation, daher nicht kostenpflichtig)
- Wachstums- und dopplersonographische Kontrolle (Kontrolle der Versorgung des Feten über die Nabelschnurgefäße) und Gebärmutterhalsmessung (zum Ausschluss von unbemerkten vorzeitigen Wehen) in der 24. SSW
- Kontrolle des Herzultraschalls in der 30. SSW
- ab dem 3. Trimenon 2- wöchige Kontrolltermine (Wachstum, Versorgung des Kindes, Befinden der Mutter)
- bei vorzeitiger Wehentätigkeit frühzeitig Lungenreifung (2 Spritzen, die der Mutter auch ambulant verabreicht werden können)
- Mitgeben des Folders
- Beratung im Wochenbett über Verhütung!

Allgemeines

Kein Opiatentzug in der SS; keine eigenmächtige Dosisreduktion der Substitution, auch nicht auf Wunsch der Patientin (Bedarf im 3. Trimester erhöht - Aufteilen auf 2 Gaben sinnvoll)

Substitutionsausweis ev. kopieren und in Krankengeschichte übertragen (aktuelle Tagesdosierung)

Bei kokainassoziiertem Hypertonus sind Betablocker kontraindiziert.

Schmerzmittelgebrauch/-bedarf

Während der Geburt

Nubain kontraindiziert, da Morphin verdrängt wird, was ev. Entzugssymptomatik auslösen kann.

Nach der Geburt

Schmerzmittelverschreibung wie bei nicht suchterkrankter Patientin, allerdings oft in erhöhter Dosis nötig. Auch opiathältige Schmerzmittel können z.B. nach Kaiserschnitt verwendet werden, da die anderen oft nicht ausreichen. (Hier besteht öfter die Angst erneut Abhängigkeiten auslösen zu können, was aber unbegründet ist.)

Generell

Schmerzempfindlichkeit meist höher- bis zur ausgeprägten Überempfindlichkeit

Toleranzschwelle bzw. Schmerzschwelle an sich niedriger

Wirkung durch Gewöhnungseffekte verzögert/eingeschränkt, gilt v.a. für Opioide, allerdings auch verminderte Nebenwirkungen

PDA/Spinalanästhesie ist möglich/sinnvoll

Empfehlung für Entbindung

Keine Einschränkung für vaginale Entbindung (bzw. die gleichen die auch für nicht substanzabhängige Mütter gelten), jedoch muss Versorgung des Kindes durch Kinderarzt gewährleistet sein. Bei mit Substanzabusus verbundener Frühgeburtslichkeit (zwischen der 24. und 37. SSW) Geburt im Zentrum anstreben.

Stillen

Individuelle Lösungen unter Berücksichtigung der Wünsche der Mütter, aber auch des Kindeswohls werden angestrebt.

Im Allgemeinen wird Müttern, die mehrere Substanzen (auch zum Beispiel zusätzlich Nikotin) konsumieren oder Mütter, die Infektionen haben (z.B. Hepatitis C) vom Stillen abgeraten.

Zusammenfassung der Wirkung von Substanzen auf den Feten

Insgesamt ist die Beurteilung in Studien immer erschwert, da kaum der Substanzmissbrauch einer einzelnen Substanz gegeben ist, sondern meist zusätzlich Nikotin, Alkohol, gehäuft zusätzlich auch Cannabis sowie Analgetika oder Narkotika konsumiert werden.

Weiters ist die neuropsychologische Entwicklung der Kinder natürlich auch durch die sonstigen sozialen Verhältnisse, in denen sie aufwachsen, beeinflusst. Dennoch ist zu verzeichnen, dass Verhaltensauffälligkeiten und psychische Auffälligkeiten sowie Entwicklungsrückstände (in verschiedensten Bereichen) gehäuft unter Kindern und Jugendlichen vorkommen, die pränatal mütterlichem Substanzabusus ausgesetzt waren. Auf die neurologische Entwicklung wird in der Auflistung im Anhang nicht mehr genauer eingegangen.

Die Auflistung der Wirkung verschiedener Substanzen auf den Feten befindet sich im Anhang.

Fristenlösung
(nur auf Wunsch der Mutter)

Bis Scheitel-Steißlänge ≤ 70mm
Med Campus III,
ev. gynmed bis 15+0

Kontrazeptionsberatung

Psychiater/in

Schwangerschaftstest: Harn, eventuell Serum, 1. Ultraschall

Anamnese:

- **Substitution/Konsum/Beikonsum**
- **Vorangegangene SS**
- **Ausschluss Begleiterkrankungen**
 1. Ganzkörperuntersuchung, z.b. Spritzenabszess, Mangelernährung
 2. Gynäkologische Untersuchung mit PAP, Bakt.+Chlamydien
 3. Infekterologie: STD, Hepatitis, HIV

Substanzberatung

HIV: Derma (Med Campus III)

Hepatitis: Int.II (Med Campus III)

12.-14.SSW:
Ersttrimesterscreening,
Medikamentenberatung,
mit NT/CT Selbstzahler
Ansprechpartner:
(Pränatalambulanz)

20.-24.SSW:
Organscreening (In diesem Fall
Kassenleistung)

24. SSW:
Wachstum +Doppler, CX

30. SSW:
Echocardiographie-Kontrolle

2-3 wöchige Kontrollen
(Geburtshilfl. Ambulanz)

Geburt
(vaginal anstreben, Einleitung am
Geburtstermin empfohlen)

Schwere Fehlbildung
zu erwarten/diagnostiziert:
ev. med.ind. SS- ABBRUCH

Lungenreifung
bei CX- Insuff (ev. ambulant)

Kinderarzt/ärztin
> Mail mit Namen und GT
(Neonatologie)
Besprechung Prozedere
Cave: mit aktueller
Virusserologie

externe Maßnahmen

MUKIPA, FA

Psychiatrisches Konsil/
klin. Psychologie (Mail)

Sozialarbeiter/in
(Mail, Info an KJH)

Informationsbroschüre mitgeben

Meldung (Mail) an Kreiszimmer,
ev. Bestellung von
Reservesubstitutionsmittel

Vorgehen bei
Suchterkrankung
in der
Schwangerschaft

5. Suchtberatung

Unsere Haltung und Arbeitsweisen

Die Grundlage unserer Arbeit ist, eine Vertrauensbeziehung zu den Klient/innen aufzubauen, die eine selbstkritische Reflexion der Suchterkrankung ermöglicht.

Für eine langfristige Bewältigung von Sucht und für die Schaffung, die Förderung und den Erhalt von Lebensqualität spielt eine gelingende Eltern-Kind-Beziehung eine bedeutsame Rolle.

Wenn im Beratungs- oder Betreuungskontext klar wird, dass Klient/innen Verantwortung für Kinder tragen, wird unabhängig von deren Intention das **Thema Elternschaft aktiv angesprochen**.

Eine aktive Thematisierung umfasst in jedem Fall:

Hinterfragen von Alltagssituationen mit den Kindern - mit dem speziellen Blick auf die Existenzsicherung - das Erleben von Belastungen und Bewältigungsmustern, Bearbeitung von Konfliktsituationen und Schutzmaßnahmen für das Kind/die Kinder in Risikosituationen.

Unser Focus bleibt dabei bei den Klient/innen, mit dem Ziel ihre Elternkompetenzen zu stärken.

Aus dieser Haltung heraus leitet sich auch eine Verantwortung für das Kindeswohl ab. Die unmittelbare Zuständigkeit dafür bleibt bei den Klient/innen, respektive bei der Kinder- und Jugendhilfe.

Eines der Ziele in der Betreuung von betroffenen Familien sollte beinhalten, dass die Klient/innen zu der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen motiviert werden und einwilligen. Eine fundierte Information der Eltern über mögliche Hilfsangebote ist diesem Ziel förderlich. Dabei ist eine wertschätzende und vertrauensvolle Beziehung zu dem Kooperationspartner dienlich.

Anamnese und soziale Diagnostik bei

- **schwangeren Abhängigen**
- **schwangeren substituierten Frauen und**
- **abhängigen / substituierten Eltern mit Kind/Kindern¹**

- **Soziales Netzwerk**
 - Welches familiäre und soziale Netzwerk gibt es?
 - Wie steht der Kindesvater zur (werdenden) Mutter und dem Kind? Ist auf ihn zu zählen?
 - Welche anderen Bezugspersonen sind an der Betreuung des/der Kindes/Kinder beteiligt?
 - Derzeitige Partnerbeziehung
 - ↳ Lebt Kindesmutter mit Kindesvater und dem gemeinsamen Kind/Kindern in gemeinsamer Wohnung
 - ↳ Lebt Kindesmutter mit neuen Partner und ihrem/n Kind/Kindern in gemeinsamer Wohnung
 - ↳ Alleinerziehend
 - Besucht/en das/die Kind/Kinder einen Kindergarten, Schule und/oder Hort?

- **Existenzielle Sicherung:**
 - Wohnung, Wohnungslosigkeit,
 - Einkommen aktuell, später mit Kind
 - Einkommen durch:
 - ↳ Erwerbstätigkeit, Karenz, BMS, AMS, Beihilfen
 - ↳ Aktueller Schuldenstand

¹ Kinder meint Minderjährige bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, also Kinder und Jugendliche

- **Gesundheitliche Versorgung**

- Sind Informationen zur Schwangerschaft und Sucht vorhanden oder nicht?
- Gibt es eine/n Gynäkologen/in und weiß diese/r über die Abhängigkeit Bescheid?
- Wo wird entbunden? Gibt es Kontakte dorthin?
- Werden/wurden die Vorsorgeuntersuchungen gemacht?
- Ist die/der Klient/in versichert? Hinweis auf weitere Versicherung (Muki, Terra....).
- Aktueller Konsum
 - ↪ Substitution ja oder nein?
 - ↪ Besteht eine Suchtproblematik des Kindesvater oder des aktuellen Partners?
Ist dieser in Substitution oder nicht?
 - ↪ Wie sieht der Konsumstatus aller beteiligten Bezugspersonen aus?

- **Kinder- und Jugendhilfe/Behörden**

- Gibt es schon Kontakt zur KJH?
 - ↪ Wenn ja, in welcher Form (soz.päd. Familienhilfe, Abnahme eines Kindes.....)?
 - ↪ Wie wird dieser Kontakt von der Familie bewertet?
 - ↪ Hat es schon einmal eine Fremdunterbringung eines Kindes gegeben?
- Soll/Muss ein Kontakt hergestellt werden?
 - ↪ Klärung, ob Hilfe durch KJH hilfreich sein kann oder notwendig ist (Meldepflicht!).
 - ↪ Klärung, welche Vorstellungen/Erfahrungen die Familie von/mit der KJH hat/hatte.

- **Versorgung der Kinder im Alltag**

Die Situation der Kinder wird strukturiert erfasst (Anamnese, Checklisten oder ähnliches) unabhängig davon, ob ein persönlicher Kontakt zu den Kindern durch den/die BeraterIn besteht.

Fragen nach:

- Name und Alter des Kindes
- Wer betreut das Kind im Alltag (verlässliche Bezugsperson)?
- Welche anderen Bezugspersonen stehen in (regelmäßigem) Kontakt zum Kind?
 - ↪ außerfamiliär: Hebamme/Kinderkrankenschwester/DSA/Tagesmutter/Soz.Päd. Familienhilfe
 - ↪ innerfamiliär: Großeltern, Kindesvater, ...
 - fix vereinbart
 - und / oder nach Bedarf
- Besucht das Kind eine Kindergruppe, einen Kindergarten (Häufigkeit/Regelmäßigkeit) oder die Schule?
 - ↪ Wie gefällt es ihm dort?
 - ↪ Wie sieht / bewertet die/der Klient/in diese Möglichkeit?
- Welche Bedürfnisse und Wünsche gibt es seitens Klient/in punkto Kinderbetreuung?
- Wie ist das Kind versorgt hinsichtlich:
 - ↪ Essen
 - ↪ Kleidung
 - ↪ Wohnen (kindergerechte Ausstattung – Unfallschutz /Aufbewahrung des Substitutionsmittels/Hygiene/rauchfreie Umgebung)
 - ↪ Ökonomischer Sicherheit
 - ↪ Ruhe-/Schlaf- sowie Spiel- und Bewegungsbedürfnis (verlässlicher Struktur im Tagesablauf)
 - ↪ Emotionaler Zuwendung
 - ↪ Unterstützung beim Lernen oder in anderen Bereichen
 - ↪ Kontakten zu Gleichaltrigen
 - ↪ Ärztlicher Betreuung

- Ist das Kind gesund?
 - ↳ Gibt es Besonderheiten – im Verhalten, in der Entwicklung? (MUKI-Pass)
- Was hilft der Klientin / dem Klienten bei der Betreuung ihres Kindes? (eigene Erfahrungen, Wissen, Infos von außen, Austausch mit anderen Müttern, Fachpersonal ..)?
 - ↳ Gibt es darüber hinaus noch offene Fragen und Wünsche?
- Wer weiß über das Suchtproblem/die Substitutionsbehandlung Bescheid? (Institutionen, Familie)
- Wird das Suchtproblem vom Kind thematisiert?
- Wie wirkt es sich aus Sicht der Klientin / des Klienten auf das Kind aus?

Interventionen

Diese Interventionen stellen eine Auswahl der Möglichkeiten dar. Sie sollen der Orientierung und als Reflexionshilfe für die Einschätzung für die Versorgung der Kinder im Alltag dienen. Interventionen können situationsbezogen und/oder personenbezogen sein. Die Art der Intervention, das Vorgehen des/der Sozialarbeiters/In hängt von der konkreten Problemsituation und den unterschiedlichen Phasen des Betreuungsprozesses ab.

Betreuungsplan erstellen

- Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten finden und ausbauen
- Ziele formulieren
- Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich (Schwangerschaft, Geburt, Substitution), bei Bedarf
- ggf. Kontakt zur KJH
- Begleitung und Unterstützung bei Terminen mit anderen Einrichtungen
- Bei Bedarf Vermittlung in andere Suchthilfeeinrichtungen (stationäre Einrichtungen) bzw. soziale Einrichtungen
- Unterstützung bei der Schaffung einer kindgerechten Lebenssituation
- Nach der Geburt: Unsicherheiten im Umgang mit der neuen Mutterrolle
- Einhaltung vieler Termine (Geburtsnachweis, Standesamt, Sozialversicherung, etc....)
- Kontrolle, Überwachung, Berichte an die Kinder- und Jugendhilfe durch Krankenhaus
- Unterschiedliche Erwartungshaltungen von Pflegepersonal und Ärzten (Thema Stillen)

Um eine realistische Einschätzung der Situation innerhalb der Familie zu erlangen, empfiehlt es sich, Hausbesuche durchzuführen. Ebenso kann es sinnvoll sein, weitere Bezugspersonen des Kindes bzw. der Familie in die Betreuung einzubeziehen. Dergleichen Vereinbarungen sind im Hilfeplan oder im Betreuungsvertrag festzuhalten.

Krisen/Rückfall

Phasen der Rückfälligkeit erfordern von der psychosozialen Betreuung Sensibilität und große Aufmerksamkeit. Die Situation ist im Rahmen von Fallbesprechungen, Supervisionen zu erörtern, um einen klaren Rahmen erarbeiten und Hilfen anbieten zu können.

Es ist ratsam, zu Beginn der Betreuung grundsätzlich einen Rückfallplan zu erarbeiten. Folgende Fragen sollten in diesem Plan unbedingt klar beantwortet sein:

- Woran erkennt der/die Klient/in als erstes, dass ein Rückfall droht?
- Welche Situationen sind riskant?
- Wie ist der/die Klient/in mit seinem letzten Rückfall umgegangen?
- Wer oder was hat ihn/sie unterstützt, seinen/ihren letzten Beigebrauch aufzugeben?
- Wie möchte er/sie beim nächsten Mal mit der Situation umgehen?
- Wem berichtet er/sie als erster(s) über einen Rückfall?
- Wann berichtet er/sie darüber?
- In welcher Situation würde er/sie den Arzt bzw. die Beratungsstelle informieren?
- Wie kann der/die Berater/in erkennen, dass der/die Klient/in rückfallgefährdet oder bereits rückfällig geworden ist?
- Was erwartet der/die Klient/in von der Beratungsstelle?
- Was, glaubt der/die Klient/in, erwartet die Beratungsstelle von ihm/ihr?

Grundsätzlich soll das verantwortungsvolle Handeln der/des Klientin/Klienten den Kindern gegenüber in der Beratung motivierend gefördert werden. Bei Rückfällen und Beikonsum ist dringend die **Versorgung des Kindes abzuklären**:

- Wo befindet sich das Kind während des Erwerbs und des Konsums der Substanz?
- Wann wird konsumiert? Wie riskant wird konsumiert?
- Ist die Versorgung des Kindes gesichert?
- Wie, denkt die/der Klient/in, hat das Kind den Rückfall erlebt?
- Möglicherweise Einbindung stabiler Bezugspersonen.
- Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (Beikonsumenzug, Kinder- und Jugendhilfe etc.).
- Bei Kindeswohlgefährdung muss gehandelt werden!
- Gibt es bereits ein bestehendes Hilffssystem zum Thema „Versorgung der Kinder in Krisen“, das sich bereits bewährt hat?
- Wie stabil sind die Bezugspersonen?
- Wie schnell und wie oft können die Personen einspringen?
- Zu welchem Zeitpunkt verständigt sie der/die Klient/in?
- Welche Informationen geben sie weiter?
- Auf welche Weise erfolgt die Versorgung? (z.B. im eigenen Haushalt, oder wo anders)
- Welche zusätzlichen Hilfsangeboten könnten familiär, regional und finanziell noch genutzt werden? (Angebote mit den Klient/innen durchbesprechen)

Bei gemeinsamen Gesprächen mit Klient/in, Beratungsstelle und KJH soll das Thema „Krisen und Rückfall“ thematisiert werden.

Zusammenarbeit mit KJH

Den Klient/innen werden bei Bedarf (wenn Kinder betroffen sind bzw. sein könnten) das Beratungsangebot der KJH und die Vorteile einer freiwilligen, unterstützenden und rechtzeitigen Einbindung der KJH näher gebracht.

Wird mit der KJH zusammengearbeitet, muss dies durch die Beratungsstelle den Klient/innen vollkommen transparent gemacht werden. Sofern eine Meldepflicht besteht, ist die Zustimmung des/der Klienten/Klientin nicht erforderlich.

- Alle Informationen an die KJH mit Klient/in besprechen
- Helfer/innenkonferenzen gemeinsam mit Klienten/in planen

Bundes- Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG, § 37

Ergibt sich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist, und kann diese konkrete erhebliche Gefährdung eines bestimmten Kindes oder Jugendlichen anders nicht verhindert werden, ist von der Beratungsstelle unverzüglich schriftlich Mitteilung an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten. (siehe Kapitel 2)

- Die Einschätzung der individuellen Gefährdungssituation muss im Austausch mit dem Team und der Leitung erfolgen.
- Möglich wäre auch eine anonymisierte Fallberatung mit der KJH zur Einschätzung der Gefährdungssituation und der möglichen Handlungsschritte. Diese Information müsste zur Teamleitung zurückgespielt werden.
- Meldung nach Absprache mit Teamleitung. Diese sollte aber nie ohne das Wissen der betroffenen Familie weitergegeben werden. Sofern eine Meldepflicht besteht, ist die Zustimmung des/der Klienten/Klientin nicht erforderlich.

Meldeformular zum Download unter: <http://www.gewaltinfo.at/recht/mitteilungspflicht/>

Wann und wie sage ich es dem Kind?

Die Frage, ob und in welcher Weise dem Kind Informationen über die Sucht der Eltern gegeben werden, ist nicht allgemein beantwortbar, sondern muss im Einzelfall in der Beratung mit den Klient/innen unter Berücksichtigung der nachfolgenden Faktoren abgewogen werden. Die Aufgabe der Berater/innen in dieser Frage kann auch als Elterncoaching betrachtet werden.

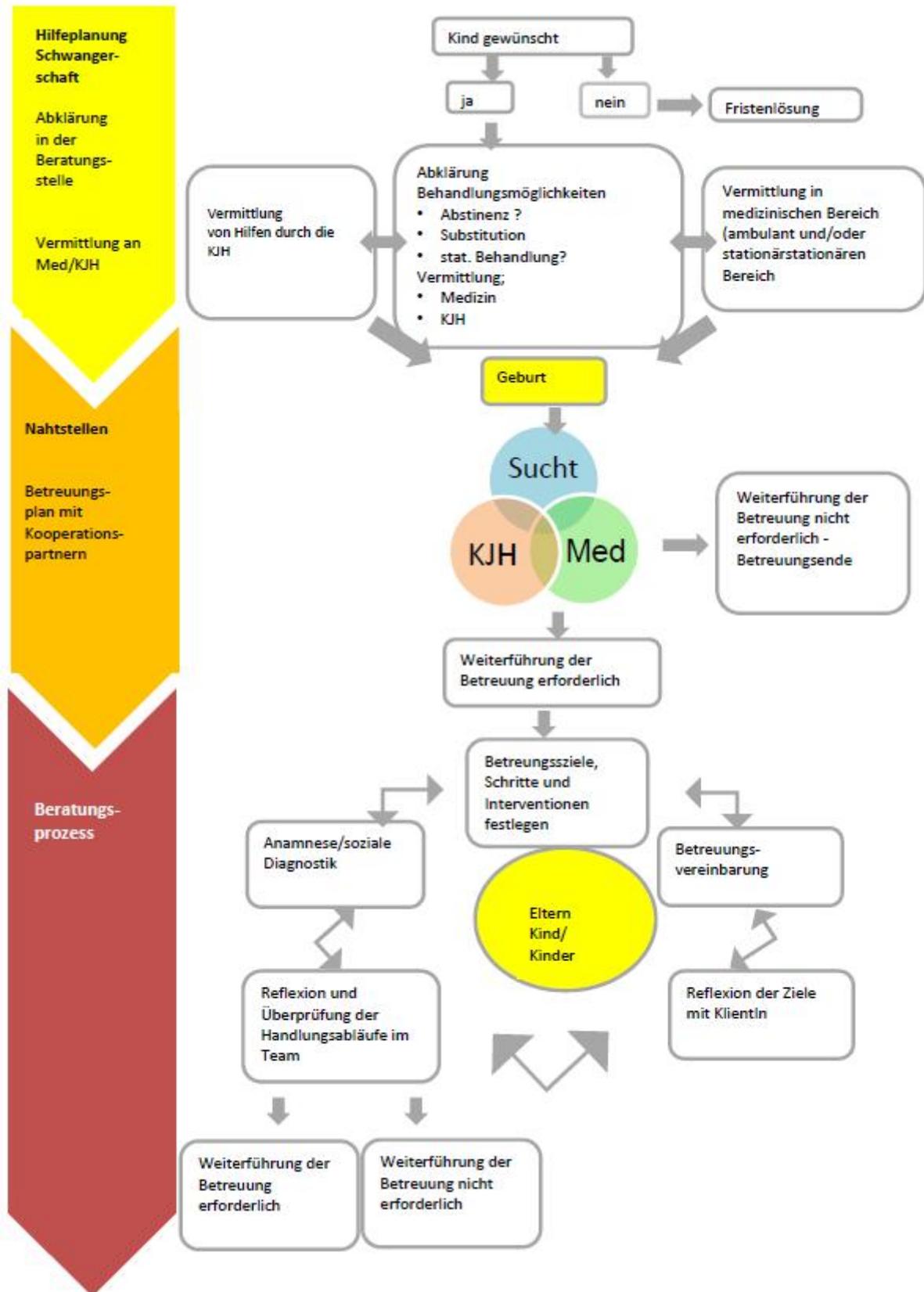
Faktoren, die zu berücksichtigen sind:

- Welche Auswirkung hat eine Kommunikation über die Suchterkrankung beim Kind? Es ist mit der/dem Klientin/Klienten abzuschätzen, ob es hilfreich für das Kind ist oder ob es zur Belastung werden könnte.
- Die Art und Weise der Kommunikation mit dem Kind wird maßgeblich vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes bestimmt. Informationen müssen in der Art und Weise angepasst werden.
- Wenn man sich dafür entschieden hat, mit dem Kind über die Suchterkrankung/das Suchtverhalten des Erwachsenen zu sprechen, ist es wichtig, dem Kind zu vermitteln, dass es keine Schuld für die Sucht oder deren Auswirkungen und Konsequenzen trägt.
- Es könnte zu einer Umkehr der Eltern- und Kinderrollen bzw. zu einer Parentifizierung des Kindes kommen.
- Es ist zu vermeiden, das Kind zum Geheimnisträger zu machen. Dagegen steht die Gefahr der Stigmatisierung, wenn das Kind aber offen in seinem sozialen Umfeld die Sucht der Eltern anspricht.

Interne Vorgaben in den Beratungsstellen

- Zwingende Vorstellung der Familiensituation im Team und Definition des Handlungsbedarfs. In diesem komplexen System ist es nicht sinnvoll, dass Fachkräfte auf sich alleine gestellt eine Situation bewerten sollen. Fachlich angemessen ist der interdisziplinäre Blick des gesamten Teams auf das familiäre System.
- Festlegen definierter Handlungsabläufe innerhalb der Einrichtung und mit Kooperationspartnern
- Beratungsverläufe in der Suchtarbeit sind sehr individuelle Prozesse. Hier ist es wichtig, mit den Klient/innen eindeutige Situationen oder Ereignisse zu definieren, die im Beratungsprozess die verbindliche Kontaktaufnahme zum Beispiel mit der KJH oder zu anderen Kooperationspartnern zur Folge hat.
- Eine ausführliche und sorgfältige **Dokumentation** ist erforderlich. Sie muss eine differenzierte Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung des Kindes/der Kinder enthalten. Weiterhin ist detailliert zu dokumentieren, wann und wie mit den Beteiligten über die Gefährdungseinschätzung gesprochen, welche konkreten Hilfen zur Abwendung der Gefährdung empfohlen wurden und ob die Beteiligten diese Hilfen tatsächlich in Anspruch genommen haben.

Ablaufdiagramm Suchtberatung



6. Anhänge

6.1. Anhang 1: Wirkung verschiedener Substanzen auf den Feten

Amphetamine (Ecstasy, Speed, Crystal Meth)

Fehlbildungsrisiko eventuell erhöht für Bauchwanddefekt (Gastroschisis) und Herzfehler, sonst keine einheitliche Datenlage. In einer Studie auch gehäuft Katarakte (Augenfehlbildung). Die Fehlbildungen unterliegen keinem bestimmten Muster und werden wie auch bei Kokain der gefäßverengenden Wirkung zugeschrieben.

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für Frühgeburtlichkeit, Wachstumsstörung (IUGR- intrauterine Wachstumsretardierung), Totgeburt (IUFT- intrauteriner Fruchttod- durch die gefäßverengende Wirkung), neonatale Entzugssymptomatik (erhöhte Stressparameter, verringerter Muskeltonus, Lethargie, geringere Bewegungsqualität)

Mütterliches Risiko erhöht für Mangelernährungszustände (anorektische Wirkung)

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Ein Ersttrimesterscreening sowie Organscreening (v.a. bei mehr als sporadischem Konsum im 1. Trimenon) sollte durchgeführt werden.

Kokain

Fehlbildungsrisiko wird in verschiedenen Studien unterschiedlich bewertet. Trotz der Vielzahl publizierter Einzelschädigungen exponierter Kinder von kokainabhängigen Müttern lässt sich derzeit kein typisches „Kokainsyndrom“ mit charakteristischen persistierenden morphologischen Veränderungen definieren.

Fehlbildungsrisiko scheint in einigen Studien erhöht zu sein für Urogenital-, Herz-, Extremitäten-, Gesicht-, Augen-, und Gehirn bzw. Rückenmarksfehlbildungen (zurückzuführen auf die gefäßverengende Wirkung der Substanz).

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht bei eindeutiger Studienlage für Frühgeburtlichkeit, vorzeitiger Blasensprung, geringes Geburtsgewicht, vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens, neonatale Entzugssymptomatik (Schlafstörungen, Tremor, Trinkschwäche, Erbrechen, schrilles Schreien, Niesen, weiche Stühle, Fieberweniger ausgeprägt in der Regel als beim mütterlichem Heroinkonsum) Risiko wahrscheinlich erhöht für nekrotisierende Enterokolitis (schwere Darmentzündung), Darminfarkte, zerebrale Infarkte

Mütterliches Risiko erhöht für kardiovaskuläre (z.B. Herzinfarkt) und neurologische Erkrankungen (konsekutiv natürlich auch für Anorexie bei Unterdrückung des Hungergefühls).

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Ultraschallscreeninguntersuchungen sind unbedingt zu empfehlen. Bei regelmäßigem exzessivem Konsum im ersten Trimenon kann ein med. ind. Schwangerschaftsabbruch diskutiert werden.

Cannabis

Fehlbildungsrisiko nicht erhöht

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) wahrscheinlich erhöht für geringeres Geburtsgewicht, verringertes Wachstum des kindlichen Köpfchens- auch das Gehirn betreffend (Mikrocephalie), neonatale Entzugssymptomatik (Unruhe, Erregbarkeit, Lichtempfindlichkeit)

Schwacher Zusammenhang in einer Studie mit kindlichen Neuroblastomen (kindliche Tumorerkrankung) und mütterlichem Cannabiskonsum im ersten Trimenon, sowie ebenfalls in einer Studie gering erhöhtes Risiko für Bauchwanddefekt (Gastroschisis).

Bezüglich der kognitiven Entwicklung zeigten Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft mindestens einmal täglich Marihuana geraucht hatten, eine deutliche Einschränkung im kognitivem Leistungsbereich (auch noch erhebbar nach Adjustierung auf anderen Substanzmissbrauch), sowie vermehrt Ängstlichkeit und depressive Symptome.

Mütterliches Risiko für erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) und erhöhten Puls (Tachycardie) erhöht.

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Sporadischer Konsum begründet keine zusätzliche Diagnostik.

Halluzinogene

LSD

Datenlage nicht ausreichend zur Beurteilung (v.a. keine Studien ausschließlich mit LSD-Konsum), wahrscheinlich Fehlbildungsrisiko nicht erhöht. Spontanabortrate wahrscheinlich erhöht.

Mescaline

Datenlage nicht ausreichend zur Beurteilung

Phencyclidin

Datenlage gering

Fehlbildungsrisiko wahrscheinlich erhöht für Mikrocephalie und Gesichtsasymmetrie .

Perinatales Risiko für postnatale Anpassungsstörungen sowie Entzugssymptomatik, neurologische Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr (opiatähnlich).

Psilocybin

Datenlage nicht ausreichend zur Beurteilung

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Bei regelmäßigem Konsum im ersten Trimenon sollten Ultraschallscreeninguntersuchungen erfolgen.

Opiate

Fehlbildungsrisiko nicht erhöht

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für Frühgeburt, vorz. Blasensprung, Atemdepression/Anpassungsstörung, schwere neonatale Entzugssymptomatik (unbehandelt absolut lebensbedrohlich mit Atemnotsyndrom, zerebralen Krampfanfällen, Diarrhoe, Erbrechen, Fieber, ...), häufiger SIDS

CAVE: Die Schwere der Entzugssymptomatik korreliert NICHT EINDEUTIG mit dem Ausmass des Opiatkonsums.

Bei akutem Opiatentzug in der Schwangerschaft können ein intrauteriner Fruchttod und vorzeitige Wehen auftreten.

Substitution in der Schwangerschaft mit Methadon oder Buprenorphin (Subutex, Temgesic) wird bevorzugt, nicht empfohlen ist Buprenorphin in Kombination mit Naloxon(Subuxone). Methadon und Buprenorphin verursachen ebenfalls eine behandlungsbedürftige neonatale Entzugssymptomatik, verringern aber die perinatale Morbidität und Mortalität ganz entscheidend. Bei Buprenorphin verläuft die Entzugssymptomatik milder im Vergleich zu Methadon.

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Ultraschallscreeninguntersuchungen sind unbedingt zu empfehlen. Bei regelmäßigem exzessivem Konsum im ersten Trimenon oder Beikonsum kann ein med. ind. Schwangerschaftsabbruch diskutiert werden.

Schnüffelstoffe

Geringe Datenlage, die vorliegenden vermitteln den Eindruck, dass nach Toluolschnüffeln in der SS ein dem FAS ähnlicher Verlauf mit komplexen Fehlbildungen und schweren Entwicklungsstörungen auftreten kann.

In schweren Fällen ist ein risikobegründeter Schwangerschaftsabbruch zu diskutieren.

GHB

Datenlage nicht ausreichend zur Beurteilung

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Bei regelmäßigem Konsum im ersten Trimenon sollten Ultraschallscreeninguntersuchungen erfolgen.

Barbiturate

Fehlbildungsrisiko erhöht bei unterschiedlichen Barbituraten („Barbituratsyndrom“: Mittelgesichtshypoplasie, Auffälligkeiten der distalen Phalangen, Mikrocephalie, mentale Entwicklungsstörungen)

Heute hauptsächlich Phenobarbital (noch als Antiepileptikum in Verwendung) üblich, hier keine Erhöhung des Risikos für Vitien bekannt, bei niedriger Monotherapie oder Narkose kaum Erhöhung des Risikos für Fehlbildung.

Perinatales Risiko: neonatales Entzugssyndrom

Mütterliches Risiko: Suizidgefahr durch Überdosierung

In schweren Fällen von Barbituratabusus ist ein risikobegründeter Schwangerschaftsabbruch zu diskutieren.

Benzodiazepine

Fehlbildungsrisiko erhöht für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, bei Lorazepam (Tavor) Analatresien

Perinatales Risiko: neonatales Entzugssyndrom („Floppy infant“ mit völliger oder teilweiser Muskelschlaffheit, Lethargie, Trinkschwäche, Temperaturregulationsstörungen); Verstärkung des neonatalen Ikterus

CAVE: Kontrazeption (1. Wahl Hormonspirale), unsicherere Kontrazeption unter oralen Präparaten

Eine erfolgte Exposition rechtfertigt nach derzeitigem Wissenstand keinen risikobegründeten Schwangerschaftsabbruch. Bei regelmäßigem Konsum im ersten Trimenon sollten Ultraschallscreeninguntersuchungen erfolgen.

Alkohol

Leichter bis moderater Alkoholkonsum (24-48g/die):

Fehlbildungsrisiko nicht erhöht (ausschließlich die Organe betreffend) allerdings genauso Risiko für die Ausbildung von kognitiven und neurologischen Auffälligkeiten im Sinne eines FAS (Fetales Alkoholsyndrom) ohne Organfehlbildungen oder FAE (fetale Alkoholeffekte ohne kraniofaziale Dysmorphie)

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für intrauterinen Fruchttod, kognitive Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

Binge drinking (mehr als 3 Episoden)

Fehlbildungsrisiko erhöht für Lippen-Kiefer- Gaumenspalten (je mehr Episoden, desto höher das Risiko)

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für Epilepsie (schon bei einer Episode), SIDS (plötzlicher Kindstod), Verhaltensauffälligkeiten

Schwerer Alkoholkonsum (48-60g/die)

Fehlbildungsrisiko 10-30% für FAS (Fetales Alkoholsyndrom: kraniofaziale Dysmorphie- das heißt ein auffälliges Gesicht, Vitien, Nierenfehlbildung, Spina bifida, Gaumenspalten, Extremitätenfehlbildungen, Mikrozephalie, daneben Kleinwuchs, mentale Retardierung)

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für FAE (fetale Alkoholeffekte ohne kraniofaziale Dysmorphie) 4-5/1000 Geburten: Kleinwuchs, Mikrozephalus, diskrete mentale Retardierung, verminderter IQ, Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)

CAVE: Alkohol (oral oder intravenös) führt bei gesteigerter Wehentätigkeit in hoher Dosis (>2‰) bei 2/3 der Schwangeren zu Wehenhemmung.

Bei Alkoholkrankheit ist ein risikobegründeter Schwangerschaftsabbruch zu diskutieren.

Nikotin

Fehlbildungsrisiko ist nicht erhöht

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) erhöht für Aborte (gering), Plazentastörungen (zu tiefsitzender Mutterkuchen- Placenta prävia, vorzeitige Lösung), IUGR (Verringerung des Geburtsgewichtes um 200g im Durchschnitt), Frühgeburtlichkeit, perinatale Mortalität, SIDS;

Kindliches Risiko: Entzugerscheinungen in der Neugeborenenphase erheblich öfter als früher angenommen, häufiger Otitiden und Koliken, Hinweise auf Erhöhung der Inzidenz von Hirntumoren, ADHS

Von einer Nikotinersatztherapie in der Schwangerschaft profitiert das Kind nicht, es sei denn der Mutter wird im stationären Setting aufgrund von Frühgeburtsbestrebungen die relative Bettruhe empfohlen. In diesem Fall ist die Verwendung von Nikotinplastern eventuell eine sinnvolle Alternative.

Das Kind profitiert maximal von der Nikotinkarenz der Mutter, egal zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft diese begonnen wird und unabhängig davon wie viele Zigaretten die Mutter zuvor geraucht hat (oder in anderen Worten: eine langsame Entwöhnung –wie früher propagiert- ist nicht sinnvoll). Eine Entzugssymptomatik des Neugeborenen kann dadurch vermieden werden, das Geburtsgewicht kann sich auch noch im letzten Drittel der Schwangerschaft normalisieren, wenn die Mutter aufhört zu rauchen.

Psychopharmaka

SSRI (Serotonin-Reuptake-Hemmer) und trizyklische Antidepressiva (davon Citalopram und Sertralin, bei Schlafstörungen Amitriptylin in retardierter Form) gehören zu den Mitteln der Wahl bei behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft.

Alle anderen SSRI, SNRI, Trizyklika, Johanneskraut sind Reservemittel, allerdings sollte eine unter solch einer Therapie stabile Patientin nicht umgestellt werden (insbesondere dann, wenn die Einstellung schwierig war).

Bei Neueinstellung sollte auch gleich berücksichtigt werden, dass zu Fluoxetin und Doxepin hinsichtlich Stillen ungünstige Erfahrungen vorliegen (Halbwertszeit).

Kontraindiziert sind nichtreversible MAO- Hemmstoffe und Tetracyklika. Reversible MAO-Hemmer sollten umgestellt werden.

Die Indikationsstellung sollte unter Einbeziehung von anderen nichtmedikamentösen Therapien (z.B. Psychotherapie) erfolgen.

Fehlbildungsrisiko ist nicht erhöht

Perinatales Risiko (Risiko für das Kind rund um die Geburt) ist erhöht für Anpassungsstörungen (zentralnervös, gastrointestinal, respiratorisch), daher wird die Geburt in einem Perinatalzentrum angeraten.

Stillen ist meistens erlaubt, sollte aber von einem Kinderarzt individuell entschieden werden.

6.2. Anhang 2: Einrichtungsadressen

Ambulante Suchtberatungsstellen

Pro mente Oö, www.sucht-promenteooe.at

- Point Linz, email: point.linz@promenteooe.at, Tel.0732/770895
- Point Rohrbach, email: point.rohrbach@promenteooe.at, Tel.07289/681530
- Ikarus Vöcklabruck, email: ikarus@promenteooe.at, Tel.07672/22499
- Ikarus Gmunden, email: ikarusgmunden@promenteooe.at, Tel.07612/77066
- Ikarus Bad Ischl, email: ikarusbadischl@promenteooe.at, Tel 06132/21949
- Ego Braunau, ego.braunau@promenteooe.at, Tel.07722/84678
- Ego Ried, ego.ried@promenteooe.at, Tel: 0664/822 4999
- X-Dream Steyr, x-dream@promenteooe.at, Tel.07252/53413
- X-Dream Kirchdorf, x-dream.kirchdorf@promenteooe.at, Telefon: 07582 / 63 598

Magistrat Wels, <http://www.wels.at/>

- Magistrat Wels, Circle, spb@wels.gv.at, Tel.07242/45274

Ambulante Alkoholberatungsstellen

- Alkoholberatungsstellen des Landes OÖ, e-Mail:alkoholberatung@ooe.gv.at, Tel:0664/60072 89563
- ABS-Alkoholberatungsstelle Linz, e-Mail: abs@b37.at, Tel. 0732 /77 67 67-370
- Ego Braunau, ego.braunau@promenteooe.at, Tel.07722/84678
- Point Rohrbach, email: point.rohrbach@promenteooe.at, Tel.07289/69 20
- Magistrat Wels, Alkoholberatung, alkberatung.spb@wels.gv.at, Tel.07242/ 616 69

Stationäre Einrichtungen

- Neuromed Campus Linz, Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Station für Alkohol und Medikamentenabhängigkeit e-Mail: AmbulanzP5.wj@gespag.at
<http://www.kepleruniklinikum.at/versorgung/kliniken/psychiatrie-mit-schwerpunkt-suchtmedizin> Tel: 05 7680 87 – 29571
- Neuromed Campus Linz, Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Station für Menschen mit Drogenproblemen, e-mail: J204.wj@gespag.at
<http://www.kepleruniklinikum.at/versorgung/kliniken/psychiatrie-mit-schwerpunkt-suchtmedizin/stationen/> Tel. 05 055462 26550

Stationäre Einrichtungen, die Eltern und deren Kinder aufnehmen (Entwöhnungsbehandlung)

- Therapiestation Erlenhof, email: erlenhof@promenteooe.at, www.therapiestation-erlenhof.at/
- Grüner Kreis (NÖ), buero.linz@gruenerkreis.at, www.gruenerkreis.at
- KIT (Tirol); www.jugendweb.at/drogen
- Haus am Seespitz (Tirol), office@hausamseespitz.at

Stationäre Einrichtungen nur für Frauen bzw. Frauen mit Kindern

- Fachklinik Schlehreuth (Aufnahme von Frauen, die sich im Substitutionsprogramm befinden möglich), www.fachklinik-schlehreut.de; Info@fk-schlehreut.de

Substitution

- SubstitutionsärztInnen in den ambulanten Suchtberatungsstellen oder in freier Praxis
- Substitutionsambulanzen, Neuromed Campus Linz, Tel. 05 055462 26531 u. St. Josefs Krankenhaus Braunau, Suchtzentrum, 07722 / 90302-7710

Kinder und Jugendhilfe

- Amt der Oö Landesregierung – Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, www.kinder-jugendhilfe-ooe.at
- Magistrat Linz – Amt für Soziales, Jugend und Familie, e-Mail: asif@mag.linz.at
- Magistrat Wels, e-mail: kjh@wels.gv.at
- Magistrat Steyr, e-mail: sozialservices@steyr.gv.at

- Bezirkshauptmannschaft Braunau – KJH, e-Mail: bh-br.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Eferding –KJH, e-Mail: bh-ef.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Freistadt – KJH, e-Mail: bh-fr.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Gmunden – KJH, e-Mail: bh-gm.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Grieskirchen – KJH, e-Mail: bh-gr.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Kirchdorf – KJH, e-Mail: bh-ki.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Linz-Land – KJH, e-Mail: bh-ll.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Perg – KJH, e-Mail: bh-pe.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Ried – KJH, e-Mail: bh-ri.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Rohrbach – KJH, e-Mail: bh-ro.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Schärding – KJH, e-Mail: bh-sd.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Steyr-Land – KJH, e-Mail: bh-se.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Urfahr-Umgebung – KJH, e-Mail: bh-uu.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Vöcklabruck – KJH, e-Mail: bh-vb.post@ooe.gv.at
- Bezirkshauptmannschaft Wels-Land – KJH, e-Mail: bh-wl.post@ooe.gv.at

Bereich Medizin

- Kepler Universitätsklinikum, Med Campus IV (ehem. Landesfrauen und Kinderklinik Linz), <http://www.kepleruniklinikum.at/> Klinische Sozialarbeit, Mail: contact.kk@gespag.at, Tel. 05-768084-0
- Landeskrankenhaus **Freistadt** (Geburtenstation), Krankenhausstraße 1 ,4240 Freistadt, Tel. 05-055476-0
- Landeskrankenhaus **Rohrbach**, Krankenhausstraße 1 , 4150 Rohrbach, Tel. 05 055477-0
- Frauen und Kinderklinik des Klinikum Wels-Grieskirchen , **Wels**, gynggeb@klinikum-wegr.at, Sekretariat Tel. 07242 / 415 – 3311; Geburtshilfe Tel. 07242 / 415-3378
- Frauen und Kinderklinik des Klinikum Wels-Grieskirchen , **Grieskirchen**, gynggeb@klinikum-wegr.at, Sekretariat Tel. 07242 / 415 – 3311, Geburtshilfestation Tel. 07248 / 601-3100
- St. Josefs Krankenhaus **Braunau**, (Geburtenstation), Ringstraße 60, 5280 Braunau Sekretariat: Tel. 07722 / 804 – 5800
- Landeskrankenhaus **Schärding** (Geburtenstation), A.-Kubin-Straße 2, 4780 Schärding, Tel. 05 055478-0
- Salzkammergut-Klinikum **Vöcklabruck** (Geburtenstation), Dr. Wilhelm Bock Straße 1, 4840 Vöcklabruck, Tel. 05-055471-0
- Salzkammergut-Klinikum **Bad Ischl** , Dr. Mayer-Straße 8-10 4820 Bad Ischl , Tel. 05 055472-0
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern **Ried i. Innkreis** (Geburtenstation), Schlossberg 1, 4910 Ried im Innkreis; Tel. 07752-602-1420 (Geburtshilfe)
- Salzkammergut-Klinikum **Gmunden**, Miller-von-Aichholz-Straße 49 4810 Gmunden , Tel. 05 055473-0
- Landeskrankenhaus **Steyr** (Geburtenstation), Siemingerstraße 170, 4400 Steyr, Tel. 05 055466-0
- Landeskrankenhaus **Kirchdorf** (Geburtenstation) Hausmannerstraße 8, 4560 Kirchdorf OÖ, Tel. 05 055467-0
- Kepler Universitätsklinikum, Neuromed Campus, Jugendpsychiatrie, e-Mail: JugendpsychiatrieSkr.wj@gespag.at

- Kinder- und Jugendärzte, Übersicht für Oö unter: www.docs4you.at/Content.Node/Aerzte/index.php
- Kinder- und Jugendpsychiater , www.docfinder.at
- Gynäkolog/innen, Übersicht für Oö unter: www.frauenmedizin.at/frauenaerzteoberoesterreich.htm
- Hebammen, Landesgeschäftsstelle **Oberösterreich**, www.oberoesterreich.hebammen.at

Verein ZOE, Beratung rund um Schwangerschaft und Geburt, Gruberstraße 15/1, 4020 Linz, Tel.: 0732 / 77 83 00 www.zoe.at

Frühe Hilfen der OÖ GKK: „Gut begleitet – Von Anfang an!“ Zentrale Meldestelle Tel.: 0676/512 45 45, www.oegkk.at/gutbegleitet

Weitere Informationen finden Sie im Internet

<http://www.land-oberoesterreich.gv.at/> (Sozialratgeber in die Suche eingeben)

<http://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/>

<https://suchthilfekompass.goeg.at/>

6.3. Quellenverweise

Kapitel 4. Medizin und 6.1 Wirkung verschiedener Substanzen wurde erarbeitet von

Dr. Iris Scharnreitner - Autorin, OÄ am Institut für Pränatalmedizin, Med Campus IV, KUK
Prim. Priv. Doz. Wolfgang Arzt, Institut für Pränatalmedizin, Med Campus IV, KUK
Prim. Prof. Peter Oppelt, Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Gynäkologische Endokrinologie, Med Campus IV, KUK
Dr. Richard Mayer, OA an der Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Gynäkologische Endokrinologie, Med Campus IV, KUK

unter Verwendung folgender Quellen

Schäfer/Spielmann (letzte Auflage), reprotox(letzte Updates 2015)

Das Kapitel 5 Suchtberatung wurde erarbeitet von

Andrea Bauer, Helga Koschler, Adelheid Kraxberger, Sylvia Libiseller, Petra Pöcklhofer-Holzweber, Hermann Schauer, Margit Seidl, Luise Zitzler

unter Verwendung folgender Quellen

a.i.d Berlin. (2016). *Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern*. Abgerufen am 06. April 2016 von [www.aid-berlin.org: http://aid-berlin.org/deutsch/publikationen/Dok_061106_Handlungsempfehlungen.pdf](http://aid-berlin.org/deutsch/publikationen/Dok_061106_Handlungsempfehlungen.pdf)

Diakonie . (2016). *Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken*. Abgerufen am 06. April 2016 von [www.sucht.org: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/Elternrolle_staerken.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/Elternrolle_staerken.pdf)

Koschler, H. (2010). *Die Betreuung substanzabhängiger Frauen und deren Kinder - eine neue Zielgruppe der ambulanten Suchtberatungsstellen im städtischen Raum Oberösterreichs*. Diplomarbeit FH St. Pölten.

Kruster, D. S. (2011). *PSB Betreuung suchtmittelkonsumierender / substituierter Schwangeren und Mütter mit Babys/Kleinkindern*. Wien: Sucht- und Drogenkoordination Wien.